

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-469050

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) **11280**

Matricule : **9398** Société : **RAM**

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : **BAHLAOUANE Abderrahim**

Date de naissance : **11 MAI 1969**

Adresse : **LOT Elham rue 9 N° 29 EL OUFIA CABA**

Tél. : **0659354500** Total des frais engagés : **200,51** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **04 DEC. 2019**

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **NOUACEUR**

Le : **03 / 12 / 2019**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-469050

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
			209,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			100,51

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

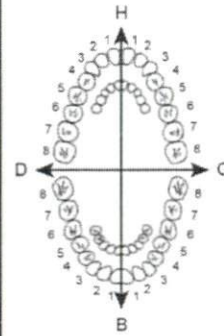
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	[Création, remont, adjonction]	MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مصحة بوسيجور


CLINIQUE O.R.L. BEAUSEJOUR

Le 04.11.2019

Font Baskerville nel 1802

14

~~FCA~~

Laboratoire Général "Oum Rabiaâ"
C1121119125
 BAHLAOUNE Mohamed Reda

 TP12+TP13+TP14+INR+TCAPATIENT+

C. Abit
 Anesthésiste Réanimateur
 Clinique ORL Réanimation
 1981 Bd Chaussejour
 42 41 0522 99 42 41 Fax: 0522 99 42 41

Laboratoire GèneLab
M Oum Rabia
Rte. Abdur Razaq Eloulfa - Casablanca
Tél : 05 22 83 10 6
ICE 001004190000
Fax : 05 22 83 10 6
E-mail : g@genelab.ma
Web : www.genelab.ma
IF : 51463000

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GENELAB "Oum Rabiaâ"**Docteur Mohamed BENAZZOUZ****Pharmacien Biologiste**

Téléphone : 05 22 93 10 60/0522905937/ Fax : 05 22 93 10 61

Mobile bureau : 0661763068/Watsapp 0676845202

Bd.Oum Rabiaâ EL Oulfa (En face siège R.A.M)- Rce Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C" - Casablanca,
genelab2@gmail.com**ICE:001084109000068 - Patente : 35051078 - INPE_bio : 097163968 - INPE_labo : 093001394- IF : 51485800****FACTURE****Casablanca , le 13/11/2019****Facture N° 121119-125 du 12/11/2019****MUPRAS****Dr : FENNANE ABDELFTTAH**

N°Bon de soin

Mle

Patient :BAH LAOUNE Mohamed Reda

Analyses	Valeur en B	Montant
TAUX DE PROTHROMBINE	50	44,50
TEMPS DE CEPHALINE ACTIVATEUR	50	44,50
Total B	100	89,00
APB	1,0	11,51
Total		100,51

*Arrêtée la présente facture à la somme de :***Cent dirhams 51 centimes*****

Laboratoire Généralab
M. Oum Rabiaâ
Docteur Mohamed BENAZZOUZ
Pharmacien Biologiste
Bd. Oum Rabiaâ EL Oulfa - Casablanca
Tel : 05 22 93 10 60 / 05 22 93 10 61
Mobile : 0661763068 / Watsapp : 0676845202
ICE : 001084109000068 - Patente : 35051078 - INPE_bio : 097163968 - INPE_labo : 093001394 - IF : 51485800



مختبر التحليلات الطبية جَنَلاَب "أم الربيع"
Laboratoire de biologie médicale G n lab
"Oum Rabiaâ"

Dr. Mohamed BENAZZOZ
Pharmacien Biologiste

الدكتور بنعزوز محمد
صيدلي إحيائي

Laboratoire certifié par
IMANOR
CERTIFICATION
N  2017 CSMQ.04 : 01
NM ISO 9001 : 2015

Compte rendu d'analyses

Demandé par Dr : FENNANE ABDELFTTAH

Clinique Beauséjour- 198, Bd Ghandi - CASABLANCA-

Tél : 0522994241 Fax : 0522994240

Casablanca

Edité le : 12/11/2019

Enf BAHLAOUNE Mohamed Reda

Date naissance: 24/02/2014

Code Patient : 19-06643

Dossier créé le : 12/11/2019

Patient prélevé le : 12/11/2019

GENELAB : 093001394

INPE Bio : 097163968

IF : 51485800

Réf : 121119-125



Heure cr  ation: 15:30

Heure Plvt : 15:3(  15 min)

Page : 1/1

ANALYSES D'HEMOSTASE-COAGULATION

Valeurs Usuelles

Antériorité

TAUX DE PROTHROMBINE
(STA Satellite)

Témoin	:	13,30	sec.
Malade	:	12,70	sec.
Taux	:	100,00	%

Sujet sans traitement : 70 - 100 %
Sujet sous AVK : 25 - 35 %

TEMPS DE CEPHALINE ACTIVATEUR
(STA Satellite)

Témoin	:	30,00	sec	(26,4 - 32)
Malade	:	30,40	sec.	(26,4 - 32)
RATIO	:	1,01		(Inférieur � 1,2)

Le Rapport TCA Patient/TCA Témoin : < 1,2

Dose Thérapeutique : Sous Héparine : 45 à 90 sec.

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons un bon rétablissement

Le Biologiste

[Signature and stamp of Dr. Mohamed BENAZZOZ, Pharmacien Biologiste, with contact information: Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm. "C" - Casablanca, Tél: 05 22 93 10 61, Fax: 05 22 93 10 60, Email: genelab2@gmail.com, Website: www.Lbmgenelab.com]

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE

شارع أم الربيع - اللفة - (أمام مقر الخطوط الملكية المغربية) - إقامة أبواب أم الربيع - عمارة "س" - الدار البيضاء

Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - (en face siège R.A.M) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm. "C" - Casablanca

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 - ت.م. - Patente : 35051078 - البناتنا - Fax : 05 22 93 10 61 - الفاكس

E-mail : genelab2@gmail.com - Tél. : 0522 93 10 60 / 61 / 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - الهاتف - Gsm Whatsapp : 0676 84 52 02 - Site web : www.Lbmgenelab.com